

# Razón de mortalidad materna por hipertensión: un estudio epidemiológico

## Reason for maternal mortality due to hypertension: an epidemiological study

### Razão de mortalidade materna por hipertensão: um estudo epidemiológico

Jardeliny Corrêa da Penha<sup>1</sup>, Leyna Jordânia Alves da Costa<sup>2</sup>,  
Caroline da Silva Sousa<sup>3</sup>, Ana Raquel Rodrigues Rosa<sup>4</sup>, Natália  
Santos de Almeida<sup>5</sup>, Priscila de Souza Aquino<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Penha, J. C. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Floriano, Piauí, Brasil

<sup>2</sup>Costa, L. J. A. da. Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Floriano, Piauí, Brasil. [leynajordania@hotmail.com](mailto:leynajordania@hotmail.com)

<sup>3</sup>Sousa, C. S. Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Floriano, Piauí, Brasil. [carolinesousa10@hotmail.com](mailto:carolinesousa10@hotmail.com)

<sup>4</sup>Rosa, A. R. R. Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Floriano, Piauí, Brasil. [anaraquelrrr21@hotmail.com](mailto:anaraquelrrr21@hotmail.com)

<sup>5</sup>Almeida, N. S. de. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Diretora Administrativa do Hospital Municipal de Chorozinho. Chorozinho, Ceará, Brasil. [almeida.naty.25@hotmail.com](mailto:almeida.naty.25@hotmail.com)

<sup>6</sup>Aquino, P. S. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. [priscilapetenf@gmail.com](mailto:priscilapetenf@gmail.com)

*Cómo citar este artículo en edición digital: Penha, J.C., Costa, L.J.A., Sousa, C.S., Rosa, A.R.R., Almeida, N.S., Aquino, P.S. (2018). Razón de mortalidad materna por hipertensión: un estudio epidemiológico. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 22(52). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.20>*

Correspondencia: Jardeliny Corrêa da Penha. Endereço: Rua Coelho Rodrigues, 350. Bairro Ibiapada. CEP: 64803-035. Floriano, Piauí, Brasil

Correo electrónico: [jardelinypenha@yahoo.com.br](mailto:jardelinypenha@yahoo.com.br)

Recibido: 23/03/2018; Aceptado: 08/06/2018



#### ABSTRACT

Hypertension pregnancy-induced is a public health problem. Objective was to identify the maternal mortality ratio for hypertension in the years 2000 to 2013, in municipalities of the first Health Region of the State of Ceará. This's a descriptive, retrospective and quantitative epidemiological study of secondary data, carried out from maternal deaths due to hypertension occurred between 2000 and

2013, in municipalities of the first Region of Health of the State of Ceará, obtained on the website of the Department of Informatics of the Unified Health System. Data collection took place in January 2016. 76 maternal deaths due to hypertension were identified in municipalities of the first Health Region of the State of Ceará, of which 69 (90.8%) occurred in Fortaleza-CE; 544,618 (94.6%) of the population with the highest number of live births. In 2004, 2006 and 2013, there

were more records of maternal deaths due to hypertension, all with 08 cases. Eclampsia was the most prevalent among the deaths, 31 (40.7%). Maternal mortality ratio was higher in 2013, with 20.3 maternal deaths due to hypertension for 100,000 live births. Nurses and health professionals should be trained to promote quality and humanized care and thus reduce maternal morbidity and mortality rates.

**Keywords:** Maternal death, hypertension pregnancy-induced, epidemiological surveillance, obstetric nursing.

### RESUMO

A hipertensão gestacional é problema de saúde pública. Objetivou-se identificar a razão de mortalidade materna por hipertensão nos anos de 2000 a 2013, nos municípios da 1.<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e quantitativo, de dados secundários, realizado a partir de óbitos maternos por hipertensão ocorridos entre 2000 e 2013, nos municípios da 1.<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará, obtidos no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. A coleta de dados aconteceu em janeiro de 2016. Foram identificados 76 óbitos maternos por hipertensão nos municípios da 1.<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará, desses, 69 (90,8%) ocorreram em Fortaleza-CE; município que também registrou maior número de nascidos vivos, 544.618 (94,6%). Em 2004, 2006 e 2013, houve mais registros de óbitos maternos por hipertensão, todos com 08 casos. A eclampsia foi a agravo mais prevalente entre os óbitos, 31 (40,7%). A razão de mortalidade materna foi mais elevada em 2013, com 20,3 óbitos maternos por hipertensão para 100.000 nascidos vivos. Os enfermeiros e profissionais de saúde

estar capacitados a fim de promoverem uma assistência de qualidade e humanizada e assim diminuir os índices de morbimortalidade materna.

**Palavras-chave:** Morte materna, hipertensão induzida pela gravidez, vigilância epidemiológica, enfermagem obstétrica.

### RESUMEN

La hipertensión inducida en el embarazo es un problema de salud pública. Logo, objetivo-se identificar una razón de mortalidad materna por hipertensión en los años de 2000 a 2013, nos municipios de la 1.<sup>a</sup> Región de Salud del Estado del Ceará. Trata de estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, de datos secundarios, realizado a partir de óbitos maternos por hipertensos ocurridos entre 2000 y 2013, nos municipios de 1.<sup>a</sup> Región de Salud del Estado del Ceará, no obtiene ningún sitio del Departamento de Informática Sistema Único de Salud. Una coleta de datos ocurrió en enero de 2016. Se identificaron identificados 76 óbitos maternos por hipertensos en los municipios de la 1.<sup>a</sup> Región del Estado del Ceará, 69 (90,8%) casos en Fortaleza-CE; 544.618 (94,6%). En 2004, 2006 y 2013, se registraron más de óbitos maternos por hipertenso, todos con 08 casos. Una eclampsia para un agravo más prevalente entre los óbitos, 31 (40,7%). A razón de mortalidad materna fue más elevada en 2013, con 20,3 óbitos maternos por hipertenso para 100.000 nascidos vivos. Los enfermeros y demás profesionales de la salud están capacitados para la promoción de una asistencia de calidad y humanizada y asimilan los índices de morbimortalidad materna.

**Palabras clave:** Muerte materna, hipertensión inducida en el embarazo, vigilancia epidemiológica, enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

Cerca de 287.000 mulheres morrem no mundo em decorrência de complicações na gravidez (World Health Organization, 2012). No Brasil, a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil foi de 85% no ano de 2013. E no período de 1990 a 2012, a razão de mortalidade materna (RMM) diminuiu de 141 para 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV), observando-se uma redução de 56%, a qual deveu-se fundamentalmente à diminuição das causas obstétricas diretas (Brasil, 2014).

No Estado do Ceará, de 1998 a 2014, foram notificadas 2.039 mortes maternas, sendo 1.802 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da RMM de 78,1 mortes maternas por 100.000 NV, índice considerado alto segundo parâmetros da World Health Organization (Ceará, 2015); pois esta considera aceitável/baixa uma RMM de até 20 óbitos por 100.000 NV (World Health Organization, 1991).

Destacam-se como as duas principais causas de mortes maternas no país: as doenças hipertensivas e a hemorragia (Morse, Fonseca, Barbosa, Calil e Eyer, 2011); sendo a primeira a principal causa obstétrica direta específica de morte materna, que correspondeu, em 2012, a 20,2% dos óbitos registrados em todo o país (Brasil, 2014).

Em Fortaleza-CE, estudo descritivo, sobre óbitos maternos ocorridos no referido município no período de 2008 a 2010, verificou 45 mortes e constatou que, dentre aquelas classificadas como obstétricas diretas, a principal causa foi eclâmpsia e pré-eclâmpsia/doença hipertensiva específica da gestação, com 50%, seguida de aborto, 16,7% (Áfio, Araújo, Rocha, Andrade e Melo, 2014).

Pelos dados apresentados, ratifica-se que a hipertensão na gestação é uma importante

causa de morbimortalidade materna, sendo responsável por um grande número de partos prematuros, uma vez que a interrupção da gestação parecer ser a opção mais segura, nos casos graves, para a mãe e o feto (Moura *et al.*, 2011). Além do mais, a etiopatogenia deste agravo é desconhecida, bem como a patogênese de suas manifestações (Soares, Souza, Freygang, Correa e Saito, 2009; Ricci, 2013).

E, ainda, as mortes maternas são consideradas uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, pois representam uma tragédia evitável em 92% dos casos, ocorrendo principalmente nos países em desenvolvimento (Brasil, 2009). E configuram ainda uma tragédia social, que pode acarretar à família diversas consequências, visto que priva a criança da amamentação e do cuidado da mãe, e constitui ainda um fator de desagregação familiar (Gomes, Nakano, Almeida e Matuo, 2006; Ranaivoarisoa, 2014).

Por todo o exposto, nota-se o quanto é importante o reconhecimento das causas de mortalidade materna, para que estratégias de prevenção dos óbitos maternos e de promoção da saúde das mulheres gestantes sejam elaboradas e implementadas de modo eficaz e em tempo oportuno, bem como para redirecionar as políticas de saúde. Logo, objetivou-se identificar a razão de mortalidade materna por hipertensão nos anos de 2000 a 2013, nos municípios da 1.<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, de dados secundários, realizado a partir dos registros de óbitos maternos ocorridos nos municípios da 1.<sup>a</sup> Região de Saúde do Estado do Ceará e

contidos no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Logo, como população do estudo, foram consideradas todas as notificações de óbitos maternos por hipertensão registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS), no período de 2000 a 2013, e registrados nos seguintes município do Estado do Ceará: Fortaleza, Aquiraz, Eusébio e Itaitinga.

Os dados foram coletados em janeiro de 2016 no referido site. As informações colhidas foram: 1- quantidade, por ano, e causa do óbito materno, conforme Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10 (CID-10): O11 - distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta; O13 - hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa; O14 - hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa; O15 - eclampsia; e O16 - hipertensão materna não especificada; e 2-

número de NV por ano. Por fim, calculou-se a RMM por hipertensão.

Os dados coletados foram tabulados no programa “Microsoft Excel 10.0” e os resultados são apresentados por meio de frequências absolutas e relativas, demonstradas nas tabelas e gráfico.

Por se tratar de um estudo que analisa dados secundários, disponibilizados de forma pública e com acesso livre pela internet, não existiu a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

**RESULTADOS**

No período de 2000 a 2013, foram identificados 76 óbitos maternos por hipertensão nos municípios da 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará, sendo que A maioria, 69 (90,8%), ocorreu em Fortaleza-CE. Ademais, na tabela 1, destaca-se que 2004, 2006 e 2013 foram os anos em que mais houve notificações de óbitos maternos por hipertensão, cada ano com 08 (10,5%) registros.

**TABELA 1. Frequências absolutas e elativas dos óbitos maternos por hipertensão e dos nascidos vivos nos municípios da 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará no período de 2000 a 2013. Brasil, Ceará, Fortaleza, 2000-2013**

ANO	ÓBITOS MATERNOS POR HIPERTENSÃO									
	Fortaleza		Aquiraz		Eusébio		Itaitinga		1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	6	7,9	1	1,3	-	-	-	-	7	9,2
2001	2	2,7	-	-	-	-	-	-	2	2,7
2002	5	6,6	-	-	-	-	-	-	5	6,6
2003	3	3,9	1	1,3	-	-	-	-	4	5,2
2004	8	10,5	-	-	-	-	-	-	8	10,5
2005	5	6,6	1	1,3	-	-	-	-	6	7,9
2006	7	9,2	1	1,3	-	-	-	-	8	10,5
2007	5	6,6	-	-	-	-	-	-	5	6,6
2008	5	6,6	-	-	-	-	-	-	5	6,6
2009	5	6,6	-	-	-	-	2	2,7	7	9,2
2010	3	3,9	-	-	-	-	-	-	3	3,9
2011	3	3,9	-	-	-	-	-	-	3	3,9
2012	5	6,6	-	-	-	-	-	-	5	6,6
2013	7	9,2	-	-	1	1,3	-	-	8	10,5
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>90,8</b>	<b>4</b>	<b>5,2</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>2</b>	<b>2,7</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

FORTE: SIM/SINASC/DATASUS

Dos 76 óbitos ocorridos no período, a categoria O15 (eclâmpsia) da CID-10 foi a mais prevalente na 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará, durante o período investigado, com registro de 31 (40,7%) óbitos, seguida da O14, com 29 (38,1%) casos. Sobre os anos mais prevalentes, em 2004 foram registrados 03 óbitos decorrentes da categoria CID-10 O14, 03, da O15, e 02, da O16; em 2006, 05 óbitos foram relacionados à hipertensão gestacional com proteinúria significativa (O14) e 03, à eclâmpsia (O15); e em 2013, 01 óbito decorreu de hipertensão gestacional sem proteinúria significativa (O13), 06 da

categoria CID-10 O14, e 01, da O15.

A partir do conhecimento sobre o total de óbitos maternos por hipertensão ocorridos no período de 2000 a 2013, buscou-se ainda o número de nascidos vivos, Tabela 2, durante o recorte temporal para cálculo da RMM específica.

Conforme citado anteriormente, o município de Fortaleza-CE foi o que mais registrou óbitos maternos por hipertensão no período de 2000 a 2013 e também o nascimento de crianças vivas, 544.618 (94,6%).

**TABELA 2: Valores absolutos do total de nascidos vivos nos municípios da 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará no período de 2000 a 2013. Brasil, Ceará, Fortaleza, 2000-2013**

ANO	NASCIDOS VIVOS				
	Fortaleza	Aquiraz	Eusébio	Itaitinga	1.ª Região de Saúde
2000	39.102	1.014	803	493	41.412
2001	41.763	962	816	416	43.957
2002	39.301	1.031	725	474	41.531
2003	41.768	916	622	438	43.744
2004	40.694	929	683	371	42.677
2005	38.905	996	730	439	41.070
2006	40.244	1.033	783	376	42.436
2007	37.733	1.002	821	485	40.041
2008	38.798	846	818	507	40.969
2009	37.645	862	770	464	39.741
2010	36.755	899	785	373	38.812
2011	37.511	998	821	449	39.779
2012	37.577	986	884	425	39.872
2013	36.822	943	999	490	39.254
<b>TOTAL</b>	<b>544.618</b>	<b>13.417</b>	<b>11.060</b>	<b>6.200</b>	<b>575.295</b>

FONTE: SIM/SINASC/DATASUS

Pelos valores descritos no gráfico 1, logo abaixo, revelou-se que a RMM por Hipertensão na 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará variou muito no período investigado, sendo que em 2013 mostrou-se bastante elevada, com 20,3 óbitos maternos por hipertensão para 100.000 NV, seguido de 2006, com 18,8 óbitos para 100.000 NV.

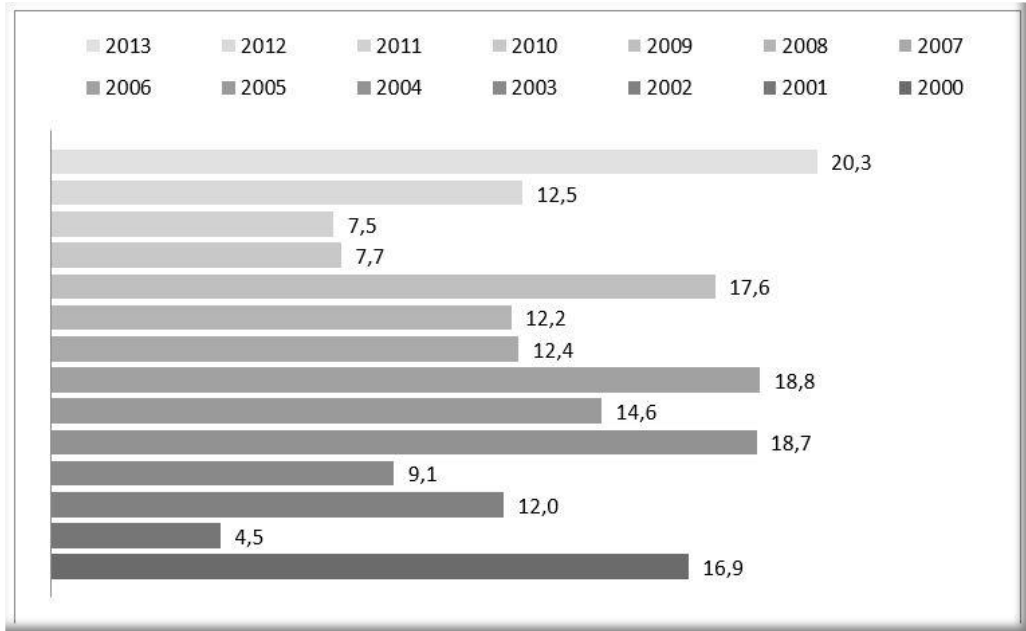
## DISCUSSÃO

Buscou-se definir o código da CID-10 mais prevalente nos registros de óbitos maternos por causas hipertensivas, bem como os anos em que foram mais incidentes. A tabela 1 permitiu, conforme mencionado, uma avaliação da quantidade dos óbitos maternos por hipertensão ao longo do período estudado e pode-se constatar que houve uma oscilação no número de registros,

sendo que nos anos de 2004, 2006 e 2013 existiram mais casos, os quais também registraram RMM mais elevadas (gráfico 1),

respectivamente, 18,7, 18,8 e 20,3 óbitos por 100.000 NV.

**GRÁFICO 1: Distribuição da Razão de Mortalidade Materna por Hipertensão, no período de 2000 a 2013, na 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará. Brasil, Ceará, Fortaleza, 2000-2013**



FONTE: Elaborado pelas autoras

Entre as causas, a que mais predominou, na 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará, nos anos de 2000 a 2013, foi a eclampsia (O15). O mesmo foi observado no Estado do Maranhão, em 6 (31,7%) óbitos maternos registrados, de um total de 19 mortes ocorridas em 2011 (Silva, Queiroz, Queiroz, Ribeiro e Fonseca, 2013).

No Conjunto Hospitalar de Sorocaba, no Estado de São Paulo, analisou-se os prontuários de gestantes, parturientes e puérperas, atendidas entre os anos de 1995 e 2005, e notou-se que foram realizados nesse recorte temporal 35.973 partos, entre estes existiram 179 casos de eclampsia, dos quais 52 evoluíram com sérias complicações e 8 foram a óbito (Novo e Gianini, 2010).

Em pesquisa quantitativa de dados

secundários, que objetivou apresentar o perfil epidemiológico da mortalidade materna nas regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), no período de 2000 a 2009, identificou-se que na Região Norte, a principal causa foi a eclampsia, com 16,18%, e, no Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, este agravo constituiu a segunda causa principal de mortes maternas (Ferraz e Bordignon, 2012).

A eclampsia é uma das formas mais graves da hipertensão na gestação e pode evoluir rapidamente; daí a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos às condições de saúde e doença de gestantes, parturientes e puérperas que apresentem fatores de risco para o desenvolvimento deste agravo. Desse modo, tal quadro clínico

deve ser prontamente identificado pela equipe de saúde, a fim de prevenir complicações para a mãe e o feto, bem como evitar a morte materna.

A eclampsia constitui, pois, uma emergência obstétrica e a mulher deve ser transferida o mais rápido possível para hospital de referência e alguns cuidados gerais devem ser prontamente tomados, são eles: manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível; decúbito elevado a 30º e face lateralizada ou mesmo decúbito lateral esquerdo, com elevação da cabeça; manutenção das vias áreas livres; instalação de cateter nasal com oxigênio (5l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa; cateter vesical contínuo; uso de terapia anti-hipertensiva e também de anticonvulsivante (sulfatoterapia) (Brasil, 2012). Ademias, os profissionais de saúde que acompanham a mulher com eclampsia devem avaliar de modo contínuo os sinais vitais e a evolução do quadro clínico, e a transferência deve ser feita sob assistência de uma equipe habilitada.

O O14 foi a segunda causa mais prevalente de óbitos no presente estudo, este código representa a pré-eclâmpsia. Pesquisa, realizada em um Estado da Região Sul do país, observou que ocorreram 190 mortes maternas por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, entre 1997 e 2005, o que representou 18% dos óbitos maternos, constituindo a primeira causa de mortalidade materna naquela localidade (Soares *et al.*, 2009). Em João Pessoa-PB, a pré-eclâmpsia grave constituiu a síndrome hipertensiva mais prevalente entre gestantes, com 71 (42%) casos, dentre 170 registros (Brito, Moura, Sousa, Brito, Oliveira e Soares, 2015).

A pré-eclâmpsia, aliada à eclampsia, é considerada a principal causa hipertensiva de morbimortalidade de gestantes, parturientes e puérperas. E, como na

eclâmpsia, é primordial que os profissionais de saúde se atentem a diversa sintomatologia que a mulher pode apresentar, para evitar complicações e morte materna e/ou fetal.

A partir do levantamento do quantitativo de óbitos maternos por códigos específicos de HAS na gestação, partiu-se para uma análise do número de NV nos quatro municípios que integram a 1.ª Região de Saúde do Estado do Ceará. Por conseguinte, realizou-se o cálculo da RMM.

Notou-se uma média de 13,2 óbitos para 100.000 NV e, do mesmo modo que se observou uma oscilação no número de óbitos maternos ao longo do período estudado, 2000 a 2013, revelou-se também uma variação nos valores da RMM nos anos estudados, ora estando acima da média encontrada, ora abaixo, havendo predomínio de taxas acima desse valor. E a RMM foi mais elevada em 2013, com 20,3 óbitos para 100.000 NV, valor pouco acima do que é preconizado pela OMS. É necessário destacar que são consideradas neste estudo apenas as causas hipertensivas e que pode ter ocorrido subregistro, subnotificação ou ausência de notificação, o que permite inferir que tais valores podem ser maiores.

A maior RMM em 2013 se justifica porque, conforme o MS, há um aumento importante no número de óbitos notificados ao SIM, passando de 946.686 em 2000 para 1.170.498 em 2011 (Brasil, 2011b). Esta afirmativa permite inferir que houve avanço no sistema de informação, com consequente crescimento do quantitativo de óbitos notificados, entretanto, subnotificações e ausências de notificações existem no país.

Por outro lado, há que se ressaltar que o quantitativo de óbitos maternos tem diminuído quando comparados com décadas passadas, anteriores ao lançamento

dos ODM. Entre os anos de 1998 e 2002, a RMM, no Estado do Ceará, variou de 93,3/100.000 NV para 85,9, respectivamente (Brasil, 2007). E pesquisa que analisou óbitos maternos por causas hipertensivas, no mesmo Estado, no período de 2001 a 2010, notou que a RMM por hipertensão apresentou crescimento de 2001 a 2005, com considerável declínio nos anos subsequentes; em 2007, a mortalidade materna diminuiu de 22,89 para 14,95 mortes por NV; e em 2008 e 2009, a razão mostrou-se novamente crescente e, em 2010, sofreu um considerável decréscimo (Sousa *et al.*, 2014).

No Estado do Paraná, na comparação entre os dois triênios, 1997 a 1999 e 2000 a 2002, observou-se RMM de 77,7 por 100.000 NV e de 63,1 por 100.000 NV, respectivamente. Estes resultados indicaram redução significativa na RMM ( $p < 0,001$ ) (Soares *et al.*, 2009). E no país, como um todo, as mortes maternas caíram de 120 óbitos por 100.000 NV em 1990 para 69 óbitos por 100.000 NV em 2013, o que representa uma queda de 43% na razão de mortalidade materna (RMM) (World Health Organization, 2013).

No mundo, nota-se que a sobrevivência materna melhorou significativamente desde a adoção dos ODM. A taxa de mortalidade materna também caiu, em torno de 45% entre os anos de 1990 e 2013, reduzindo de 380 mortes maternas por 100.000 NV para 210 (United Nations, 2015).

Embora se torne evidente uma queda na RMM ao longo das décadas, a pouca velocidade nesta diminuição pode estar relacionada ao desenvolvimento de políticas públicas que apresentam resultados aparentemente antagônicos enquanto não se consolidam, por exemplo: a qualificação da atenção obstétrica e a implantação das ações para a melhoria da informação, que claramente incrementam a notificação de

óbitos maternos (Brasil, 2014).

Neste contexto, pesquisa documental, desenvolvida a partir de prontuários hospitalares de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos de idade, que foram a óbito no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão-SP, no período de janeiro de 2007 a abril de 2009, avaliou 301 DO e percebeu que 121 (40%) registros estavam com os campos 43 e 44 em branco e/ou ignorados; destas, 119 (39,5%) foram classificadas como mortes inconclusivas (Gil e Gomes-Sponholz, 2013). Isto decorre dos subregistros ou subnotificações e, até mesmo, da ausência de registros, assim, há que se frisar a importância da capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento correto e obrigatório dos óbitos.

Sobre a qualificação da atenção obstétrica, considera-se esta uma estratégia chave para a redução da morbimortalidade materna que garante que cada nascimento ocorra com uma assistência de pessoal de saúde qualificado (United Nations, 2015). Em face disso, é proposto como atribuições da Rede Cegonha: prestação de serviços especializados em lugar adequado e pessoal de saúde suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede (Brasil, 2011a).

No concernente ao pessoal de saúde, citam-se os enfermeiros obstetras, os quais, em sua formação, recebem habilitação necessária para cuidar adequadamente da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e são profissionais capacitados para identificar de modo oportuno os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão na gestação e, juntamente com o médico, encaminhar e tomar providências necessárias para a prevenção de morte materna.

Considerando todo o exposto, reforça-se



que, embora haja diminuição na RMM, há muito a ser trilhado por meio das políticas e ações em saúde para se alcançar uma diminuição da morbimortalidade materna, especialmente por HAS. Assim, sugere-se implantação das políticas públicas de saúde, em especial da Rede Cegonha, em todo território nacional, reforçada por profissionais de saúde, em especial enfermeiros obstetras ou não, habilitados e empoderados por práticas humanizadoras e por recursos materiais, tecnológicos e serviços de saúde de qualidade.

## CONCLUSÕES

O presente estudo evidencia um aumento do número de óbitos maternos por hipertensão nos anos de 2000 a 2013, sendo a causa mais comum a eclampsia. Por se tratar de tragédia evitável, os índices de óbitos maternos podem ser reduzidos através de melhorias e qualificação da assistência ofertada à mulher durante a gestação, parto e puerpério com a finalidade de mudar essa realidade. A assistência pré-natal é o momento oportuno para a implementação de tais melhorias e para a identificação de fatores de risco que podem levar ao óbito materno, e o enfermeiro por ser o profissional responsável por atuar diretamente nessa assistência pré-natal na ESF, apresenta um papel de destaque na prevenção do óbito materno, na identificação de riscos, reconhecimento dos critérios clínicos e manejo adequado das gestantes com alta probabilidade de evolução para hipertensão gestacional.

Destarte, faz-se necessário que gestores públicos ofereçam oportunidades para que enfermeiros e demais profissionais de saúde capacitem-se de forma permanente e continuada a fim de promoverem uma assistência de qualidade e humanizada, que

gere impacto positivo nos indicadores de óbito materno em caráter local, regional e nacional.

## REFERÊNCIAS

- A Áfio, A.C.E., Araújo, M.A.L., Rocha, A.F.B., Andrade, R.F.V. & Melo, S.P. (2014). Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. *Rev. Rene.*, 15(4), 631-638.
- Brasil. (2007). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011a). *Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da rede cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011b). *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: Consolidação da base de dados de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco*. Brasília: manual técnico. 5.ª ed.
- Brasil. (2014). *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, K.K.G., Moura, J.R.P., Sousa, M.J., Brito, J.V., Oliveira, S.H.S. & Soares, M.J.G.O. (2015). The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). *J. res.: fundam. care. online*, 7(3), 2717-2725.
- Ceará (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. (2015). *Informe Epidemiológico Mortalidade Materna – junho 2015*. Fortaleza: Secretaria da Saúde.
- Ferraz, L. & Bordignon, M. (2012). Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev. baiana saúde pública*, 36(2), 527-538.
- Gil, M.M. & Gomes-Sponholz, F.A. (2013). Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. *Rev. bras. enferm.*, 66(3), 333-337.
- Gomes, F.A., Nakano, A.M.S., Almeida, A.M. & Matuo, Y.K. (2006). Mortalidade materna na perspectiva familiar. *Rev Esc Enf USP.*, 40(1), 50-56.
- Matias, J.P., Parpinelli, M.A., Nunes, M.K.V.,

- Surita, F.G.C. & Cecatti, J.G. (2009). Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 31(11), 559-565.
- Morse, M.L., Fonseca, S.C., Barbosa, M.D., Calil, E.B. & Eyer, F.P.C. (2011). Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, 27(4), 623-638.
  - Moura, M.D.R., Castro, M.P., Margotto, P.R. & Rugolo, L.M.S.S. (2011). Hipertensão arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho neonatal. *Com. Ciências Saúde*, 22(supl. 1), S113-S120.
  - Novo, J.L.V.G. & Gianini, R.J. (2010). Mortalidade materna por eclampsia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10(2), 209-217.
  - Ranaivoarisoa, M.Y. (2014). *Caracterización de la mortalidad materna en la población aborigen de la provincia de Formosa de 2000 a 2004*. 2014. Tesis (Maestría) - Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
  - Ricci, S.S. (2013). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
  - Silva, V.D.M.F., Queiroz, L.L.C., Queiroz, R.C.C.S.; Ribeiro, T.S.F. & Fonseca, M.S.S. (2013). Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos ocorridos no Estado do Maranhão em 2011. *Rev. Ciênc. Saúde*, 15(1), 47-54.
  - Soares, V.M.N., Souza, K.V., Freygang, T.C., Correa, V. & Saito, M.R. (2009). Mortalidade materna por pré-eclampsia/eclampsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 31(11), 566-573.
  - Sousa, D., Mendes, I.C., Oliveira, E.T., Chagas, A.C.M.A., Catunda, H.L.O., e Oriá, M.O.B. (2014). Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. *Rev enferm UERJ*, 22(4), 500-506.
  - United Nations. (2015). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
  - World Health Organization (WHO). (2012). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: WHO.
  - World Health Organization (WHO). (2013). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013*. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO.
  - World Health Organization (WHO). (1991). *World health statistic annual 1989, 1990, 1991*. Geneva: WHO.